

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 26 Juillet 1893, à 1 heure

Par LÉON LERICHE,

Né à Montargis (Loiret), le 12 février 1866.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES OREILLONS

DE LA DACRYOADENITE OURLIENNE

Président : M. THILLAUX, professeur.

Professeur : M. FARABEUF.

*Agrégés : MM. } MARCHAND.
 } LEJARS*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 26 Juillet 1893, à 1 heure

Par LÉON LERICHE,

Né à Montargis (Loiret), le 12 février 1866.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES OREILLONS
DE LA DACRYOADENITE OURLIENNE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Professeur : M. FARABEUF.

*Agrégés : MM. { MARCHAND.
LEJARS.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		CHARCOT.
		TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISSAUD.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	BETTERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE.

A MES TANTES.

A MON ONCLE.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX,

Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien d s Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANCEREAUX,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VILLEJEAN,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LETULLE,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEJARS,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIÉCHAUD,

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

Hommage de profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Les recherches de ces dernières années ont complètement démontré que les oreillons sont une maladie infectieuse générale, à localisations diverses, dont les plus communes se font sur les parotides et les testicules. L'étude minutieuse et approfondie des épidémies et des cas sporadiques a permis de reconnaître que tous ou à peu près tous les organes glandulaires de l'économie pouvaient être atteints par le germe infectieux des oreillons ; c'est ainsi qu'après l'inflammation des glandes sous-maxillaires et sublinguales, de la glande mammaire, etc., des cas de prostatite, de coupéríte, de thyroïdite on été observés. Enfin tout récemment l'attention a été attirée sur une nouvelle manifestation de la maladie : l'inflammation de la glande lacrymale ou dacryoadénite ourlienne. Ce n'est point à dire que la fluxion de cette glande n'ait été signalée : D'Heylly la mentionne dans l'article oreillons du dictionnaire Jaccoud (1878) et Karth (1883) lui attribue l'œdème conjonctival qu'il a eu l'occasion d'observer chez son malade si remarquable à tous égards. Mais ce n'est qu'avec Hirschberg (1890), que la dacryoadénite ourlienne

est véritablement reconnue : cet auteur publie sous le nom d'Oreillons de la glande lacrymale deux cas de dacryoadénite dont le premier paraît bien être une manifestation ourlienne. Dans la *Revue de la Suisse Romande* (1890), Marc Dufour relate une nouvelle observation de dacryoadénite ourlienne et en mars dernier Dor en cite un nouveau cas dans le *Lyon Médical*. Cette même année, nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. Letulle un malade atteint de cette manifestation insolite des ourles et nous avons songé à faire de ce point de pathologie peu connu le sujet de notre thèse inaugurale.

Au cours de nos recherches nous avons pu constater que les cas publiés autrefois sous le nom de conjonctivite au cours des oreillons n'étaient sans doute que des dacryoadénites méconnues. La cause première de l'œdème palpébral, l'inflammation de la glande lacrymale, a passé inaperçue, parce qu'on n'y songeait pas. De même, du reste, au cours de la petite épidémie de Lyon signalée par Dor, dans un seul cas, le diagnostic de dacryoadénite a été posé ; dans les autres l'œdème des paupières a seul frappé l'attention en faisant croire à une simple conjonctivite. Nous pensons que, tout en restant rare, l'inflammation de la glande lacrymale est plus commune que ne le laissent croire les auteurs ; une observation attentive permettra d'en reconnaître de nouveaux cas et de donner de la dacryoadénite ourlienne une description plus complète et plus détaillée que celle que nous tentons d'ébaucher.

SYMPTOMATOLOGIE

La dacryoadénite ourlienne peut se rencontrer à tout âge comme les oreillons eux-mêmes; cependant, de même que toutes les localisations rares de la maladie ourlienne, elle semble affecter de préférence l'âge adulte : c'est tout au moins ce que nous apprennent les quelques observations que nous avons collationnées.

Elle peut constituer à elle seule l'unique manifestation de la maladie ourlienne, ainsi que le démontrent les observations de Hirschberg, de Marc Dufour et de Dor. Plus ordinairement elle accompagne la parotidite, la précède ou la suit. Chez le malade de Karth, la fluxion de la glande lacrymale s'est faite à trois reprises différentes, disparaissant presque complètement pour reparaitre ensuite plus intense que jamais.

Le début se caractérise par de l'œdème et de la rougeur des paupières; quand la dacryoadénite est la première manifestation des ourles, le malade, plus ou moins courbaturé, est subitement pris de douleurs vives dans les régions orbitaires, s'irradiant vers le front et dans les tempes; rapidement les paupières s'œ-

dématient et prennent une teinte rosée. Dès le lendemain l'œdème peut être assez considérable pour masquer toute saillie de la glande lacrymale dont l'inflammation passe ainsi inaperçue : on croit alors à une simple conjonctivite.

Plus souvent c'est en même temps ou après la parotidite ourlienne que survient la dacryoadénite. On l'a vue succéder à une orchite.

Qu'elle soit l'unique manifestation des oreillons ou qu'elle survienne au début, au cours ou à la fin de la parotidite ourlienne, la dacryoadénite présente un ensemble de signes différant assez peu de ceux de la conjonctivite avec laquelle elle a été très souvent confondue.

De même que l'inflammation de la parotide s'accompagne d'une fluxion énorme envahissant la joue et la région cervicale supérieure, la dacryoadénite ourlienne donne naissance à un œdème considérable des paupières.

En quelques heures la paupière supérieure se tuméfie et le maximum de l'œdème siège vers l'angle supéro-externe. L'infiltration peut être assez considérable pour donner à la paupière supérieure la forme d'un bourrelet que le malade peut à peine relever. La fente palpébrale prend dès lors la forme d'un triangle à petit côté externe. Dans les cas les plus accentués la conjonctive oculaire rougit et devient le siège d'un chémosis pouvant atteindre des proportions inquiétantes.

La peau de la paupière présente une coloration

rosée, rouge ou même lie de vin dans les cas intenses. Le malade peut être atteint de larmoiement, mais jamais il n'existe de pus dans les culs-de-sac conjonctivaux. Enfin la cornée est saine.

A la pression on détermine de la douleur plus marquée à l'angle supéro-externe de l'œil, c'est-à-dire au niveau de la glande lacrymale. Si l'œdème n'est pas très considérable, ainsi qu'il existait dans l'observation inédite que nous rapportons, on peut voir cette glande faire une légère saillie à l'angle supéro-externe de chaque œil. La palpation démontre à son niveau une rénitence, une sensation de dureté cartilagineuse que l'on ne retrouve pas sur la paupière elle-même.

C'est assez rapidement que les lésions atteignent leur summum ; en vingt-quatre, trente-six heures l'œdème arrive à son maximum et commence dès lors à décroître.

Jusqu'à ce moment, les douleurs ont été très vives, ont empêché le malade de se livrer au repos et se sont accompagnées ou non d'un état fébrile marqué. La température, en effet, n'est pas constante et si dans le cas de Karth elle a pu atteindre jusqu'à 41°1 (ce qui dénotait, du reste, une infection générale grave, caractérisée d'autre part par l'augmentation de la rate et l'albumine dans les urines) elle peut ne pas dépasser la normale, comme chez le malade que nous avons eu l'occasion d'observer.

Plus constants sont les troubles gastriques : la langue est blanche, parfois assez chargée ; l'inappétence est à

peu près complète et le malade peut avoir des nausées et des vomissements.

Ces phénomènes généraux sont parfois nuls et les signes physiques sont l'unique indice de la maladie, ainsi qu'on le voit si souvent dans les oreillons ordinaires.

La défervescence se fait lentement et c'est surtout alors que se voient le mieux les saillies des glandes lacrymales rendues plus appréciables par la disparition de l'œdème conjonctival. La peau perd sa coloration rosée ou rouge pour reprendre sa teinte normale; le chémosis ou l'injection de la conjonctive disparaissent s'ils existaient. Il ne réside plus que dans la saillie des glandes lacrymales dont la résolution est moins facile: le doigt peut alors apprécier facilement leur forme globuleuse et leur consistance élastique. Dans le cas de Karth est apparue une desquamation furfuracée de la peau. C'est encore dans cette même observation qu'à deux reprises différentes, a reparu l'inflammation de la glande lacrymale que l'on pouvait croire éteinte.

La résolution complète n'a lieu qu'au bout de plusieurs jours et parfois de plusieurs semaines, différant en cela de celle de la parotidite qui survient si rapidement dans la majorité des cas.

La guérison obtenue se maintient complète, et nous ne connaissons point de troubles oculaires survenus par suite de la dacryoadénite ourlienne.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la dacryoadénite ourlienne peut être assez délicat et l'affection risque d'être méconnue soit par suite d'une observation incomplète, soit pour qu'on ne rattache pas à sa vraie cause l'inflammation de la glande d'ailleurs parfaitement reconnue. La première cause d'erreur est la plus fréquente : au cours d'une épidémie d'oreillons, on voit quelques malades présenter une conjonctivite plus ou moins intense, un œdème assez accentué de la paupière supérieure et l'on pense avoir affaire à une conjonctivite simple. C'est ainsi qu'on a publié sous le nom de conjonctivite des cas qui nous paraissent manifestes de dacryoadénite ourlienne. Il faudra avoir soin, toutes les fois qu'on se trouvera en présence de cette prétendue complication des oreillons, d'examiner attentivement l'angle supéro-externe de l'œil : à ce niveau la pression est des plus douloureuses et la palpation permet, soit de suite, soit au bout de quelques heures ou de quelques jours, de délimiter une saillie rénitente, élastique, de dureté cartilagineuse, de forme arrondie, qui n'est autre que la glande lacrymale enflammée. Nous pensons que l'œdème des paupières

survenant au cours des oreillons ne peut reconnaître que deux causes ; ou l'inflammation de la glande lacrimale, ou des phénomènes de compression dus à un gonflement énorme des parotides. Mais dans ce dernier cas, ce ne sont pas les paupières seules, mais toute la face qui devient le siège d'un œdème considérable : le malade présente alors un aspect rappelant celui de l'érysipèle. Des phénomènes méningitiques produits aussi par la compression vasculaire, apparaissent en même temps, ajoutant ainsi à la gravité de l'état du patient. L'œdème dû à la dacryoadénite est au contraire localisé à la région orbitaire ; il débute manifestement par les paupières et ne paraît pas succéder à l'envahissement progressif de la face ainsi qu'il arrive dans l'œdème causé par la compression. Sans doute quand dacryoadénite et parotidite coexistent, l'œdème semble atteindre la face entière, mais le fait est exceptionnel. Plus souvent c'est, soit au début même de la maladie, avant même le gonflement parotidien, soit après la résolution de la parotidite, soit enfin après l'orchite ourlienne que survient la dacryoadénite. L'œdème est alors localisé à la région palpébrale. De plus, le gonflement des paupières est bilatéral, tout au moins dans les cas observés jusqu'ici : la dacryoadénite unilatérale doit sans doute exister de même que la parotidite unilatérale ourlienne, mais les faits de ce genre ont encore passé inaperçus. L'œdème dû à la compression peut au contraire être unilatéral et ne siéger que du côté où le gonflement parotidien est assez marqué pour amener la compression des vaisseaux du cou. Enfin, dans la

dacryoadénite, le malade accuse de vives douleurs orbitaires s'irradiant vers le front et dans les tempes, douleurs qui sont moins localisées et plus vagues dans les cas d'œdème par compression et sont plutôt remplacées par ces violents accidents méningitiques qui surviennent fréquemment au cours des oreillons très volumineux par suite de la compression des veines jugulaires.

Tout aussi difficile, pour ne pas dire plus, est le diagnostic de la dacryoadénite ourlienne simple, c'est-à-dire ne s'accompagnant d'aucune autre manifestation de la maladie ourlienne. L'existence d'une épidémie permet seule d'affirmer le diagnostic et encore trouvera-t-on des opposants. Une dacryoadénite aiguë, double et résolutive, ne peut-elle s'observer en dehors des oreillons? A priori, la réponse doit assurément être affirmative, mais l'examen attentif des faits semble démontrer qu'il existe quelque différence entre la dacryoadénite simple et la dacryoadénite ourlienne. Celle-ci survient assez brusquement, sans cause connue, arrive rapidement à son maximum d'acuité pour disparaître au bout de 8 à 15 jours en moyenne, après un mois dans les cas les plus tenaces. La dacryoadénite aiguë double offre de préférence une marche subaiguë : la tumeur se développe lentement, ne s'accompagne pas d'un œdème aussi marqué et ne se résout qu'après trois semaines, deux mois et davantage.

Ordinairement, du reste, la dacryoadénite aiguë ou unilatérale se termine assez rapidement par suppuration, ce qui tranche toute difficulté.

Il existe encore une affection rare des glandes lacry-

males, le chloroma, dont on ne connaît que trois observations, et qui pourrait simuler, pour un temps très court du reste, la dacryoadénite ourlienne. Les deux glandes se prennent successivement à peu de distance, mais ne tardent pas à s'accompagner de troubles oculaires graves, et, au bout de quelques semaines, entraînent la mort. La lecture de l'observation suivante résumée, relatée par Mackensie, permet de rendre compte de la différence des deux affections.

« Une fillette de 8 ans est amenée à l'hôpital le 17 décembre 1830. Cinq semaines auparavant, l'œil gauche avait commencé à faire saillie hors de l'orbite, de même le droit une semaine plus tard. La maladie avait marché rapidement des deux côtés. La cornée gauche était déjà mortifiée, l'œil droit était œdémateux, mais la vision y était encore bonne. L'enfant s'était plaint de douleurs soudaines dans les yeux, mais n'avait rien ressenti ailleurs. La nuit, à son entrée, elle avait perdu un peu de sang par la narine droite. Inappétence, constipation, urines rares.

24 décembre. — Sous l'influence d'un traitement calmant, les douleurs ont diminué. Saillie accentuée de l'œil gauche. Cornée droite ulcérée, iris enflammé, humeurs troubles. Selles plus régulières, urines normales.

22 janvier 1831. — La tuméfaction de l'œil gauche a augmenté; l'affection reste stationnaire à droite; plus de douleurs, pas d'écoulement par les narines; sommeil bon.

31 janvier. — Les yeux sont très saillants; leur

partie postérieure recouverte par la conjonctive palpébrale renversée fait hernie entre les paupières.

La malade devient sourde et meurt le 9 mars. L'autopsie démontre l'existence de tumeurs multiples, de coloration verdâtre, prenant naissance sur la dure-mère et perforant les os du crâne, et, d'autre part, situées au niveau des glandes lacrymales.

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La pathogénie de la dacryoadénite ourlienne se confond avec celle des oreillons en général, qu'elle contribue cependant à éclairer, de même que l'étude de toutes les manifestations insolites des ourles.

Ce n'est pas seulement au point de vue historique que doit être citée la théorie qui faisait des oreillons une simple parotidite a frigore, c'est-à-dire une affection locale. Si le froid ou les refroidissements ont quelque influence sur le développement des oreillons, et par suite de toutes les manifestations ourliennes dont la dacryoadénite est un exemple, ce n'est qu'à titre de cause occasionnelle.

Nous ne parlerons pas davantage de la théorie du D^r Moursou, qui pensait que les oreillons étaient dus à la propagation de la parotide, par le canal de Stimon, de l'inflammation de la muqueuse géniale provoquée par l'évolution de la dent de sagesse.

Plus retentissante fut la théorie de Franck et de Bergeron qui faisaient des oreillons une affection rhumatismale. Le caractère mobile et fluxionnaire des manifestations ourliennes, l'envahissement des articula-

tions permettaient de soutenir cette théorie à une époque où la contagiosité, l'épidémicité, l'absence de récurrence de la maladie étaient moins connues que de nos jours.

Tous les auteurs sont d'accord maintenant pour faire des oreillons une affection générale aiguë, spécifique, analogue aux fièvres éruptives. Pratolongo soutenait déjà au siècle dernier cette théorie, confirmée par toutes les recherches modernes. La bactériologie est venue lui prêter son appui dans ces dernières années, et des microbes ont été trouvés et décrits dans le sang, dans la salive et dans l'urine des malades atteints des oreillons. Capitan et Charrin (1881), ont constaté dans le sang et la salive d'un certain nombre de malades l'existence de microbes, la plupart sphériques, quelques-uns allongés en bâtonnets mobiles, qu'ils ont pu cultiver. Leur inoculation est restée sans résultat. Bouchard (1883), chez le malade dont l'observation est rapportée par Karth, et citée à la fin de cette thèse, a constaté dans la salive et l'urine albuminurique, des bâtonnets en grand nombre. Ollivier (1885), trouve des micro-organismes dans le sang et l'urine de deux enfants. En 1889, Bordas parvient à isoler du sang un bacille très semblable à celui de Charrin et Capitan. Tout récemment, Laveran (1893), publiait à la Société de Biologie le résultat de recherches qu'il avait entreprises avec M. Cahin, devant une petite épidémie. L'examen direct du sang ne permet pas de déceler facilement les microbes qu'il vaut mieux cultiver. Sur 28 cultures, 17 sont positives, et ces 28 cultures se départissent ainsi : cultures du sang, 7 (4 po-

sitives); cultures d'exsudat parotidien, 14 (9 positives); cultures d'exsudat testiculaire, 6 (3 positives); culture d'œdème, 1 (positive). Le microcoque trouvé était toujours le même, se présentant assez souvent sous la forme de diplocoque. Les inoculations sont restées négatives.

Il reste donc à démontrer encore la spécificité des microbes rencontrés par ces divers observateurs : espérons que de nouvelles expériences seront aussi pleinement couronnées de succès.

Quelle serait la porte d'entrée du microbe? On tend à admettre que l'infection se fait par la voie ascendante du canal de sténon : le microbe pénétrerait dans la bouche, remonterait dans le canal parotidien et atteindrait la glande. Sa présence au niveau des éléments cellulaires aurait pour effet d'exciter les extrémités nerveuses et d'amener les phénomènes de diapédèse et de transsudation séreuse qui produisent la fluxion intense de la parotide. Pour les autres glandes, le mécanisme serait le même et la dacryoadénite en particulier serait due à l'arrivée par les canaux glandulaires des microbes spécifiques dans les acini. Partant de cette idée, Marc Dufour essaya le 2 octobre 1880 de placer un peu de mucus conjonctival d'un malade présentant une dacryoadénite ourlienne, dans la conjonctive d'un homme atteint d'amaurose à qui l'expérience ne pouvait faire courir aucun danger. Le malade inoculé n'éprouva aucun changement à ses glandes lacrymales; ce résultat fut donc négatif.

Cette théorie de l'infection par la voie ascendante des

canaux glandulaires ne permet pas d'expliquer tous les faits. L'orchite ourlienne d'emblée, mammite d'emblée, etc., ne peuvent s'accommoder de cette explication. Peut-être vaut-il mieux se rattacher à la théorie de l'infection générale primitive avec localisations glandulaires consécutives; les glandes salivaires, la glande lacrymale, le testicule, etc., seraient frappés secondairement soit isolément, soit ensemble ou successivement.

Quelles sont les lésions produites par le microbe spécifique au niveau de la glande lacrymale? Aucune autopsie ni examen direct n'a été encore fait, mais il est probable que ces lésions sont de même ordre que pour la parotidite ourlienne. L'anatomie pathologique de celle-ci donne toujours lieu à des discussions parce qu'elle ne repose que sur un très petit nombre de faits. Les uns, à l'exemple de Virchow, font des canalicules glandulaires le siège de la maladie; les éléments cellulaires eux-mêmes sont atteints. Les autres n'admettent point d'altération épithéliale et pensent, comme Niemeyer, que le gonflement est dû à une simple exsudation séreuse. D'après Bamberger, il se produit des exsudats fibrineux inflammatoires dans le tissu conjonctif qui entoure les parotides et sépare les acini les uns des autres. L'autopsie de Jacob, dont l'examen histologique a été fait par Malassez, tendrait à faire croire que les lésions épithéliales sont nulles. « Les glandes salivaires ne présentaient pas trace d'inflammation, non plus que les petits ganglions lymphatiques situés au voisinage de la parotide; nulle part il n'y avait de prolifération cellulaire et l'épithé-

lium des conduits salivaires avait conservé son aspect normal. Il n'y avait même pas d'œdème dans le tissu conjonctif interacineux ; toute la lésion était bornée à l'œdème périparotidien, puis à l'œdème de la glotte qui avait manifestement entraîné la mort. »

Il est probable, cependant, qu'il existe réellement des lésions épithéliales ; Malassez a examiné microscopiquement un testicule atrophié à la suite d'une orchite ourlienne et enlevé par Reclus, et dans ce cas, « le tissu intercanaliculaire n'est pas épaissi, les vaisseaux ne sont pas altérés ; les tubes séminifères sont diminués de volume, leur diamètre total (paroi et cavité) mesure 60 à 120 μ au lieu de 150 à 200 μ , la paroi externe des tubes est intacte, mais la tunique interne est notablement épaissie ; l'épithélium a disparu et les tubes séminifères sont transformés en cordons pleins ; sur bon nombre de points on distingue au centre de ces tubes des débris épithéliaux ». Il s'agissait donc de sclérose parenchymateuse.

Nous pensons que la glande elle-même, parotide, sous-maxillaire ou lacrymale, etc., est atteinte et que l'œdème fluxionnaire du tissu conjonctif ambiant est toujours consécutif à une lésion épithéliale.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

La dacryoadénite ourlienne n'offre aucune gravité; elle guérit toujours et spontanément et ne paraît être suivie d'aucun trouble dans la sécrétion des larmes ni dans le fonctionnement de l'organe visuel.

Le traitement consistera à calmer la douleur et à prévenir le développement d'une conjonctivite infectieuse. Les fomentations chaudes, les collyres astringents et résolutifs, les lavages fréquents et répétés à l'eau boriquée et à l'eau de guimauve sont employés avec succès. Dans les cas les plus intenses une saignée locale (sangsues, scarifications) soulagerait le malade.

Inutile d'ajouter qu'il faut soutenir les forces du malade par un traitement général tonique et reconstituant.

OBSERVATION I (Inédite).

Oreillons. — Dacryoadénite ourlienne double.

L..., âgé de 47 ans, entré le 13 avril 1892, salle Louis, n° 19, dans le service de M. le docteur Letulle, à l'hôpital Saint-Antoine.

Antécédents héréditaires bons.

Antécédents personnels : pas de maladie antérieure. Il y a deux mois, le malade se mit à tousser, mais n'en continue pas moins son métier. Depuis quinze jours, il éprouve de la douleur dans le côté gauche de la poitrine et une oppression assez marquée le soir ; la toux et l'expectoration ont augmenté.

13 avril. — Etat actuel : homme vigoureux, non déprimé. Pas de T°. A la base du poumon gauche noyau de râles sous-crépitaants. Râles de bronchite et emphysème dans le reste du poumon.

Rien au cœur.

Urines normales.

15 avril. — A 4 heures du soir, le malade prend pour la première fois 1 gramme d'iodure de potassium. Vers 6 heures il se plaint de céphalalgie, de douleur au niveau des glandes lacrymales et des parotides. Légère excitation qui dure toute la nuit. Pas de coryza ni d'angine. T° 37°3.

16 avril. — Ce matin les deux paupières supérieures sont fortement œdématisées et la peau présente une teinte rosée. L'œdème est surtout marqué au niveau de l'angle externe de l'œil. Les glandes lacrymales forment une saillie facile à voir et nettement délimitable à la palpation.

La pression en est douloureuse et permet de constater une résistance élastique et cartilagineuse. — Conjonctive oculaire saine.

Les deux régions parotidiennes sont également tuméfiées et douloureuses, mais la peau ne présente aucun changement de coloration. Du reste la tuméfaction des parotides est assez peu prononcée pour ne pas attirer de suite les regards, c'est l'œdème des paupières qui frappe tout d'abord.

Courbature générale. Douleurs vives au niveau des glandes lacrymales et parotidiennes. Pas de coryza, ni d'angine. T° 37°2.

17 avril. — Un peu d'amélioration. Les parotides sont tuméfiées et l'œdème palpébral a diminué.

Rien au niveau des glandes sublinguales et sous-maxillaires. Pas de ganglions. Toujours pas de T°.

18 avril. — L'œdème des paupières a diminué; il n'y a plus qu'une petite saillie au niveau de l'angle externe de l'œil. La rougeur de la peau à cet endroit a également beaucoup diminué. Les parotides sont encore tuméfiées; les mouvements des mâchoires se font encore avec un peu de douleur.

Au niveau des glandes sublinguales existe une tuméfaction très nette et sont le siège d'une légère douleur depuis hier. Les glandes sous-maxillaires sont aussi empâtées et douloureuses.

Malade toujours courbaturé. Quelques nausées. Pas de T°.

Urines normales.

Rien au cœur.

23 avril. — La douleur et la tuméfaction ont disparu au niveau des glandes parotidiennes et sublinguales; tout

au plus persiste-t-il un peu d'empâtement de la région sous-maxillaire.

Les paupières sont revenues à leur état normal ; il ne reste plus au niveau des glandes lacrymales qu'une petite saillie grosse comme un pois, de dureté cartilagineuse, sensible à la pression. La peau présente à cet endroit une coloration légèrement plus foncée.

27 avril. — La résolution est à peu près complète ; il persiste cependant encore une très légère saillie au niveau des glandes lacrymales.

Affection pulmonaire : les râles sous-crépitants ont complètement disparu de la base du poumon gauche ; on trouve encore quelques râles de bronchite.

L'iodure de potassium est donné à nouveau.

30 avril -- L'iodure a été bien supporté. Exeat.

Réflexions. — L'administration de l'iodure de potassium ne parait être pour rien dans le cours de ces diverses manifestations glandulaires. Sans doute c'est deux heures après l'absorption du premier gramme qu'ont débuté les accidents, mais nous ferons remarquer qu'on a supprimé le médicament dès le lendemain (le malade n'en ayant pris qu'une fois) et que les glandes sublinguales et sous-maxillaires n'ont été atteintes que le 3^e jour. Enfin l'iodure a été repris le 28 avril et a été bien supporté.

La contagion directe n'a pu être établie dans ce cas, mais il existait dans le quartier habité par le malade une petite épidémie d'oreillons ; deux autres cas ont été admis dans le service en même temps que lui, à deux ou trois jours près.

OBSERVATION II (Marc Dutour).

Dacryoadénite ourlienne.

Malade, jardinier de son état, qui ayant travaillé au soleil et au jardin le 27 septembre dernier, a éprouvé le 28 une série de petits frissons, sensation de chaleur, soif, nuit agitée, bref, les symptômes d'une invasion fébrile moyenne. Ses yeux se gonflent; le 29, au matin, une tuméfaction apparaît sous les paupières supérieures et va en augmentant pendant trois jours. Légère sécrétion conjonctivale.

A l'examen du 2 octobre, on sent les glandes lacrymales de la dimension d'une petite noix et d'une dureté de cartilage; nuit encore agitée, aspect absolument symétrique aux deux yeux, fente palpebrale triangulaire avec petit côté du triangle vers la racine du nez, aucune tendance à la suppuration.

Considérant la bilatéralité, le début fébrile et la marche typique, on inscrit comme diagnostic : oreillons de la glande lacrymale.

Le 4 octobre, la fièvre est nulle, les tumeurs ont diminué; le 7, elles ne sont plus grosses que comme des fèves, la fente palpébrale a repris sa forme normale.

Le 22, on constate encore, derrière le bord sus-orbitaire, la présence d'une induration semblable à un petit pois et d'une consistance de cartilage. L'œil a au surplus la forme normale et le malade a repris depuis quinze jours son activité.

Un certain nombre de cas d'oreillons de la parotide étaient signalés en ville et, pensant que la surface con-

jonctivale avaité té ici la surface d'infection, M. Dufour essaye, le 2 octobre, de placer un peu de mucus conjonctival de ce malade dans la conjonctive d'un homme atteint d'amaurose, à qui l'expérience ne pouvait donc faire courir aucun danger. Le malade inoculé n'éprouva aucun changement à ses glandes lacrymales, au moins pendant les quinze jours qui suivirent, pendant lesquels il séjourna à l'hôpital. Résultat négatif.

(*Revue de la Suisse romande*, 1890.)

OBSERVATION III (*Dor*).

Dacryoadénite ourlienne.

Enfant de trois ans, fréquentant une école maternelle. où il y a eu pendant le mois de janvier un grand nombre de cas d'oreillons. La directrice avait remarqué chez quelques-uns un peu de rougeur des conjonctives avec du larmolement mais elle ne croyait pas devoir attribuer cette affection aux oreillons attendu que le plus marqué de ces cas était précisément survenu chez un enfant qui n'avait pas eu les oreillons. M. Dor vit cet enfant et constata un larmolement considérable avec photophobie. L'examen minutieux de la cornée et des culs-de-sac conjonctivaux, ne révéla aucune trace de kératite, de conjonctivite ou de corps étranger. L'enfant avait l'air d'avoir pleuré, ou d'être en incubation de rougeole, mais on ne pouvait pas faire un semblable diagnostic, attendu que cet état durait depuis plusieurs jours. La palpation de la région supéro-externe de l'orbite permet de sentir une induration des deux glandes lacrymales. Cette induration était douloureuse. Il fallait donc

songer à une dacryoadénite, et la coexistence de l'épidémie d'oreillons amenait à penser à une dacryoadénite ourlienne.

(*In Lyon méd.*, 1893, 12 mars, p. 385.)

OBSERVATION IV. (*In thèse Karth*)

*Oreillons ; Fluxions successives des glandes lacrymales ;
Albuminurie.*

Le nommé Morin (Armand), âgé de 24 ans, garçon marchand de beurre à la halle, de constitution vigoureuse, est entré le 20 septembre 1883, salle Saint-Landry, lit n° 18.

Le père de cet homme est âgé de 59 ans et bien portant ; sa mère est morte subitement à l'âge de 57 ans. Il a perdu deux sœurs et un frère en bas âge, mais ne sait nous dire de quelle maladie.

A l'âge de 12 ans, il eut la fièvre typhoïde et resta deux mois au lit.

Il eut également pendant son enfance de l'impétigo du cuir chevelu, et vers l'âge de 17 ans, une conjonctivite qui dura un mois.

Il n'a jamais eu ni syphilis, ni rhumatisme.

Il est employé aux halles depuis des années et travaille depuis deux mois chez un marchand de beurre. Son métier est assez fatigant. Il travaille de 4 heures du matin à 8 heures du soir, n'interrompant son travail que pour le repas de midi, et portant des charges assez lourdes. Mais il se nourrit convenablement et ne fait point d'excès alcooliques.

Il habite en garni, n'a pas changé de logement depuis

deux mois, et ne se rappelle pas avoir vu dans son entourage des personnes atteintes d'une affection analogue à la sienne.

Le mardi 18 septembre, il alla à son travail comme d'habitude, vers midi, il commença à éprouver un certain malaise et déjeuna sans appétit. Bientôt survinrent de violents maux de tête. Il quitta son travail, mais ne prit le lit que vers 8 heures du soir. Vers cinq heures, les paupières commencèrent à gonfler et il éprouva une sensation de cuisson dans les yeux, sans trouble de la vue. Il eut des nausées et deux vomissements alimentaires. Il ne put prendre son repas du soir. A ce moment, il n'y avait encore que du gonflement des paupières et de la rougeur des mêmes régions ; il n'y avait encore ni gonflement ni rougeur des régions parotidiennes.

Dans la nuit du 18 au 19, il y eut des maux de tête, de la fièvre et de l'insomnie.

Le 19, au matin, il remarqua que ses joues et son cou étaient enflés et rouges, et ressentit une sensation de cuisson dans les mêmes régions, sans douleur proprement dite. Il y avait une grande sécheresse de la gorge ; la déglutition était difficile et douloureuse. Vers midi, épistaxis assez abondante.

Il garda le lit toute la journée du mercredi. Le soir, il fit venir un médecin qui prescrivit un vomitif. Il vomit abondamment et se trouva un peu soulagé.

Dans la nuit, il eut encore des maux de tête et de l'insomnie.

Le jeudi 20, au matin, le gonflement des joues et du cou avait encore augmenté. Les maux de gorge étaient plus violents et les maux de tête persistaient. Le malade se fit transporter à l'hôpital.

On constata, au moment de l'entrée, de l'œdème et de la rougeur des paupières, et de l'œdème sous-conjonctival sans fausses membranes, ni exsudat purulent.

Les régions parotidiennes sous-maxillaires et tout le cou étaient le siège d'un gonflement énorme, avec empâtement de toute la région, depuis les articulations temporo-maxillaires jusqu'au sternum. Les parties œdématiées étaient le siège d'une rougeur diffuse.

L'isthme du gosier était difficile à voir en raison du gonflement énorme du cou, qui ne permettait pas au malade d'ouvrir largement la bouche. Dans la partie qu'on pouvait explorer, on n'apercevait pas de fausses membranes, mais de la rougeur et sur la voûte palatine un fragment d'exsudat concret, non adhérent ; ni coryza, ni bronchite.

On prescrivit une potion avec 60 grammes de rhum et des injections dans la bouche et entre les paupières, avec la solution de borate de soude au 100°.

Le soir, T. 41°,1 ; même état local. Nouvelle potion avec 40 grammes de rhum.

21 septembre matin (4^e jour). État actuel.

Les paupières sont œdématiées, les conjonctives rouges avec œdème sous-conjonctival. L'aspect des yeux rappelle la conjonctivite purulente, mais il n'y a pas de pus dans les culs-de-sac conjonctivaux, ni à la surface de la cornée.

Les régions parotidiennes sous-maxillaires, sus et sous-hyoïdiennes sont considérablement tuméfiées et donnent à la tête un aspect piriforme. Les mêmes régions donnent la sensation d'un empâtement profond, dur, peu douloureux, recouvert d'un œdème superficiel élastique du tissu cellulaire.

L'œdème s'étend jusqu'au sternum, qu'il déborde un peu en avant.

Les téguments des joues et du cou présentent une teinte rouge diffuse, sans développement des veines sous-cutanées.

A l'aspect du malade, on songe immédiatement à trois affections : le gonflement des diphtéries graves, le phlegmon de l'angine scarlatineuse, enfin les oreillons. Les deux premières doivent être éliminées, la diphtérie, parce qu'il n'y a pas de fausses membranes de la gorge, la scarlatine, parce qu'il n'y a pas de trace d'éruption.

Les lèvres laissent écouler la salive.

Sur les gencives et la face interne des joues, on voit un enduit pultacé peu épais, peu adhérent, diffus, qui ressemble à l'épithélium desquamé.

L'exsudat se présente avec les mêmes caractères sur la voile du palais, les amygdales et la paroi postérieure du pharynx ; nulle part il n'est adhérent.

Le malade expulse des mucosités filantes, mais pas de fausses membranes.

La déglutition est douloureuse.

Respiration libre, pas trace de signes stéthoscopiques.

Bruits du cœur normaux.

Langue couverte d'un enduit saburral. Pas de vomissements, mais trois selles diarrhéiques depuis l'entrée.

Rate très volumineuse.

Le malade n'a pas uriné depuis hier soir. La vessie est vide. L'urine d'hier soir contient une grande quantité d'albumine rétractile.

Température, 39°,6. Pouls fréquent, ample, régulier.

Sans pouvoir encore formuler un diagnostic d'une façon

précise, on peut affirmer cependant que nous sommes en présence d'une maladie infectieuse.

Telle est l'opinion de M. Bouchard, qui institue aussitôt un traitement antiseptique.

1° Potion avec eau-de-vie..... 50 grammes
Acide phénique..... 50 centigr.

2° Sulfate de quinine..... 2 grammes
Acide salicylique..... 2 —

(En 8 paquets d'heure en heure).

Le soir, on constate une amélioration notable de l'état général.

La température est à 39 8.

Le 22 (5^e jour). L'amélioration continue. Le malade a pu dormir une heure cette nuit. Il a transpiré abondamment.

Le malade est moins abattu. Mais il se plaint d'une vive céphalalgie, et de douleurs dans les paupières.

L'œdème superficiel a presque entièrement disparu. Les glandes salivaires sont toujours empâtées et douloureuses. La face est rouge, les paupières tuméfiées.

Les lèvres et les gencives sont desquamées. Les amygdales et la luette portent quelques détritüs pultacés; à la face interne de la joue droite, cet exsudat forme une plaque blanchâtre que, d'ailleurs, on enlève très facilement et qui tombe en détritüs.

La langue est sèche et rouge.

L'urine est trouble, noirâtre, analogue à l'urine phéniquée.

Recueillie dans un verre flambé et examinée immédiatement après l'émission, elle contient un nombre considérable de bâtonnets et des spores, soit isolés, soit réunis en

chapelets. Le champ du microscope en est rempli et tous les points de la préparation en contiennent.

Le sang contient des leucocytes en grande abondance et un nombre énorme d'hématoblastes. Les éléments ne sont nullement déformés.

T. m. 38°1 ; T. soir 39°. Même traitement.

Dans l'après-midi, on prend un peu de salive sous-maxillaire, après avoir fait rincer la bouche au malade. Elle contient beaucoup de bâtonnets. Mais comme la salive n'a pas été recueillie rigoureusement à l'émergence du canal de Warthon, on ne peut rien conclure de cet examen.

Le 23 (6^e jour). L'amélioration continue. L'œdème diminue de plus en plus. Il n'existe que très peu de gonflement des glandes salivaires. Dysphagie moins accusée.

Face postérieure des lèvres toujours dépouillée; le voile du palais présente encore quelques traces d'exsudat pul-tacé.

La langue est encore sèche.

Pas de garde-robes depuis hier matin. Le ventre est normal. La rate est douloureuse et déborde encore le rebord des fausses côtes.

Les urines présentent les mêmes caractères qu'hier ; 700 grammes, même quantité d'albumine.

Le pouls est régulier : 68 par minute.

Le tracé sphygmographique donne une ligne d'ascension brusque et une descente interrompue par un ressaut très marqué.

Température 38°3.

Le matin on ne peut avoir d'urine fraîche. Dans l'après-midi, M. Capitan peut en recueillir. Il ne trouva que quel-

ques rares éléments qui se rapprochent des bâtonnets, mais qui ne sont pas absolument caractéristiques.

On supprime le sulfate de quinine et l'acide salicylique ; on maintient la portion phéniquée et le rhum.

Dans l'après-midi, le malade fut exposé à un courant d'air. Environ une demi-heure après, les paupières recommencèrent à gonfler.

Le soir, nous trouvons un gonflement des paupières beaucoup plus considérable et l'œdème sous-conjonctival très prononcé.

T. 38°7.

Le 24 (7^e jour). Le gonflement des paupières et le chémosis ont encore augmenté depuis hier soir. La conjonctive oculaire, boursoufflée et grisâtre, fait saillie entre les paupières.

On fait une moucheture et on examine la sérosité au microscope. Aucun élément organisé caractéristique.

Sur le voile du palais, la luette et les amygdales, plaques irrégulières d'exsudat assez épais, mais aussi diffluent que le jour de l'entrée. Langue sèche et rouge.

Respiration calme, normale,

Les battements du cœur présentent quelques irrégularités, sans souffle.

Pouls, 64.

La quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures ne peut être appréciée exactement, mais ne dépasse pas 800 à 1000 grammes. Elle est moins trouble, toujours brunâtre, contient très peu d'albumine non rétractile, pas de bactéries et pas de globules sanguins.

Pas de selles depuis deux jours.

Traitement. — Sulfate de quinine, 1 ; acide salicylique, 2 ; calomel, 0,50.

Soir, même état, œdème des paupières avec rougeur intense, exophtalmie légère. Œdème sous conjonctival très prononcé. Rougeur diffuse, des joues sans œdème.

L'œdème du cou et le gonflement des glandes parotides et sous-maxillaires ont entièrement disparu. La lèvre supérieure est un peu œdématiée.

Le voile du palais et la luette sont recouverts d'un exsudat blanc disposé par petites plaques arrondies, ressemblant comme aspect à l'herpès du pharynx.

Les battements du cœur sont un peu sourds, mais redevenus réguliers. Le pouls est régulier, lent, à 72°.

Auscultation et percussion du poumon normales. R. 28°.

Ni œdème, ni éruption, ailleurs qu'à la face.

T. m. 38°6, soir, 38°5.

Le 25, matin (8^e jour). Grande amélioration. Le malade a dormi plusieurs heures, sans transpiration. L'œdème des paupières et l'œdème sous-conjonctival ont beaucoup diminué surtout à gauche.

Pouls très ralenti à 56°. R. 24°. T. 37°8.

Rien à l'auscultation, ni à la percussion du poumon, ni du cœur.

Voile du palais et luette toujours recouverts d'un détritus blanc, disposé en plaques isolées, comme dans l'angine herpétique.

Il y a eu trois ou quatre selles après l'administration du calomel.

Urines, 600 grammes, mêmes caractères qu'hier; contient peut-être un peu plus d'albumine.

Temp., m. 37°8, soir 38°7.

Traitement. Potion avec acide phénique et rhum. Pas de quinine, ni d'acide salicylique.

Soir Aspect plus grisâtre des exulcérations du fond de la gorge.

Oedème sous-conjonctival encore diminué.

Rien à l'auscultation, ni à la percussion.

Le 25, matin (9^e jour). Tout gonflement a disparu, les paupières sont dégonflées, mais la conjonctive est encore congestionnée.

Les téguments sont très pâles, les muscles des membres inférieurs sont atrophiés et les cuisses sont flasques.

La rate a diminué et n'est plus douloureuse.

Langue moins sèche, mais saburrale.

Même aspect du voile du palais.

La déglutition est plus douloureuse.

Pouls calme, 60 pulsations.

Urine de couleur normale, très chargée de sels. Albumine beaucoup moins abondante.

Température 38°.

Traitement. — Sulfate de quinine, 1 gramme; acide métylique, 1 gr. 50.

Soir — Le gonflement des deux régions parotidiennes a reparu et est assez prononcé. Il y a aussi plus de rougeur des joues. Gonflement des paupières et oedème sous-conjonctival de moins en moins prononcés. Pas d'oedème du cou.

Même état de la gorge qu'hier. Langue sèche et couverte d'un exsudat blanc comme les jours précédents.

Léger prolongement du premier bruit du cœur à la pointe; rien à l'auscultation du poumon.

Temp. Soir 38°4. P. 64°. R. 24.

Pas de fluxion testiculaire; le malade n'a d'ailleurs jamais présenté de gonflement du testicule depuis l'entrée.

Le 27, matin (10^e jour). Le gonflement des régions parotidiennes persiste; il est strictement limité aux deux glandes et il n'y a pas d'œdème superficiel.

La gorge est très douloureuse, et le voile couvert d'exulcérations.

Les conjonctives sont encore rouges, mais il n'y a plus de chémosis.

La langue est toujours sèche. Inappétence.

Pas de garde-robes depuis hier.

La rate n'est plus douloureuse.

La pression longtemps prolongée sur la parotide droite en fait sourdre une goutte de salive louche et muqueuse.

Au microscope, elle présente un grand nombre de leucocytes et de granulations ressemblant à des micrococcus, quelquefois réunies deux par deux.

Urine, 1.250 grammes, chargée de sels, contient très peu d'albumine.

Battements du cœur irréguliers.

Pouls : 50 par minute.

Traitement. — Sulfate de quinine, 1 ; acide, salicylique, 2.

Soir. Il n'y a plus d'irrégularités du cœur. Rien à l'auscultation du poumon.

Fluxion parotidienne diminuée, exsudat de la gorge en voie de disparition.

Toujours pas de fluxion testiculaire.

P. 60. R. 24. Temp. mat. 37°9, soir 37°9.

Le 28, matin (11^e jour). La fluxion parotidienne a encore diminué, mais les glandes sous-maxillaires sont gonflées légèrement. La pression sur ces glandes fait sourdre, par le canal de Warthon, une salive filante et trouble.

L'exsudat de la bouche n'est plus représenté que par

quelques petites taches sur les piliers. Il n'y a plus d'exulcérations que sur le voile.

Langue sèche et rouge.

Une garde-robe hier.

Cœur normal. Pouls lent, 52 puls. par minute.

Respiration 20 par minute.

Urine claire, très odorante : 2.700 gr.

Suppression de la quinine et de l'acide salicylique.

Soir : le gonflement des régions parotidiennes a encore diminué ; il y a moins de rougeur des joues et des paupières ; ces dernières sont entièrement dégonflées et desquamement.

Le chémosis a presque entièrement disparu. La conjonctive oculaire reparait blanche.

Toujours du gonflement des glandes sous-maxillaires.

Pouls régulier, 64 puls. par minute. Battements du cœur réguliers, sans souffle.

Respiration normale, 24 par minute.

Temp. m. 37.5, soir, 38.6.

Le 29 (12^e jour). Le sommeil est bon. Les glandes ont repris leur volume normal. La langue a les mêmes caractères. Il n'y a pas d'exsudat, mais il reste une petite exulcération sur la moitié droite du voile.

Pas d'appétit, deux garde-robes.

Cœur régulier. Pas de souffle. 50 pulsations par minute.

Urine : 2.800.

Temp. m. 37°3, soir, 37°5.

Le 30 (13^e jour). Nouvel œdème de la paupière gauche. Il présente la même couleur rouge. La conjonctive est congestionnée dans l'angle externe de l'œil, ce qui semble en rapport avec l'inflammation de la glande lacrymale.

L'état général cependant n'est pas mauvais. Il n'y a pas de fièvre. La gorge est en bon état. Le cœur reste normal. Pouls 48.

Urine 1.300. Quantité très minime d'albumine.

Temp. m., 37°4, soir, 37°9. Traitement : calomel, 1 gr.

Le 1^{er} octobre (14^e jour). La paupière gauche est encore rouge, mais l'œdème a disparu, sauf dans l'angle externe ; à ce niveau, on sent manifestement un empâtement dû probablement à l'hypertrophie de la glande lacrymale.

Pouls : 52 par minute. Deux garde-robes après la purgation.

La gorge reste rouge, mais sans exsudat ; les ulcérations ont disparu.

Le 2 (15^e jour). Les paupières ne sont plus gonflées, mais sont encore rouges et desquament. Les conjonctives ont repris leur aspect normal.

Le gonflement des glandes parotides et sous-maxillaires est entièrement disparu. Il y a toujours une rougeur diffuse des joues.

La gorge est encore rouge, mais il n'y a plus d'exsudat.

La langue est dépouillée, ses pupilles saillantes. Toujours pas de fluxion testiculaire.

Urines : 1.750 grammes depuis hier soir. Ne contiennent pas d'albumine.

Battements du cœur lents, réguliers, sans souffles ni prolongements ; pouls, 52 par minute.

Auscultation et percussion du poumon ne révèlent rien d'anormal. Resp. 20 par minute.

Le malade a beaucoup maigri.

Soir : De nouveau un peu de rougeur des deux conjonctives à l'angle externe et un peu d'œdème à ce niveau.

P. 48. R. 28. T. m. 37°4 ; soir, 37°1.

Le voile du palais et l'isthme du gosier présentent encore une légère rougeur en pointillé, sans desquamation épithéliale. La salive est visqueuse, adhérente. Il y a toujours de la sécheresse de la gorge, mais plus de douleurs en avalant.

Battements de cœur lents, réguliers, normaux.

La rate se délimite encore à la percussion et mesure environ 10 centimètres dans tous les sens.

Le foie présente ses dimensions normales.

Le 3, m. La rougeur des conjonctives oculaires a beaucoup diminué. Rien au cœur. Rien au poumon. Pas de fluxion testiculaire.

Traces d'albumine non rétractile. Pas de sucre.

Urine, 2.250 grammes.

Pouls, 52. Respiration, 24.

T. matin. 37°2. T. soir. 37°5.

Soir. Pouls. 56. Respiration, 24.

Le malade commence à avoir faim : il n'a pris jusqu'ici que du lait et du bouillon.

La sécheresse de la gorge a beaucoup diminué.

Le 4, T. m., 37°2 ; P. 64 ; R. 24. Urines. 2.800 grammes.

Le 4, soir. La conjonctive est encore un peu rouge au niveau des culs-de-sac.

Les paupières présentent encore une teinte rosée, avec desquamation furfuracée.

Les joues présentent également une teinte rosée.

La langue est encore dépouillée à la pointe et sur sa ligne médiane.

L'isthme du gosier est de moins en moins rouge et l'épithélium se reforme.

La lèvre inférieure est encore un peu dépouillée.

T. 37°8. P. 52. Resp. 28.

Urines très claires, pâles, limpides.

Pas de trace de fluxion testiculaire.

Le 5, matin. Urines, 2.158 grammes : claires.

T. 37°4. P. 108. R. 32. Le malade vient de se lever pour la première fois. Le pouls est très faible et dépressible.

On commence l'alimentation.

Soir. T. 37°3. P. 60.

Le 6, matin. T. 37°1. P. 64. R. 20.

Les paupières et les conjonctives ont repris leur aspect normal.

La lèvre inférieure et la langue ne sont plus dépouillées de leur épithélium.

Urines claires, limpides. Le réactif à Tanret y détermine un léger trouble qui se redissout en partie par la chaleur.

Soir. T. 37°5. P. 60.

Le 7. T. matin, 37°. T. soir 37°8.

Le 8. Très légères traces d'albumine non rétractile. Urine claire.

T. matin, 37°7. T. soir, 37°7. P. 56,

Soir. Le malade a encore maigri ces derniers jours.

La langue est encore entièrement dépouillée à sa pointe.

Il en est de même de la face interne de la lèvre inférieure.

Le malade accuse une sensation de cuisson au passage des aliments. Il se lève une partie de la journée et n'accuse pas une grande faiblesse.

Toujours un peu de rougeur des joues et des paupières.

Le malade boit 1 litre de lait et mange environ un degré avec appétit.

Toujours potions avec acide phénique, 50 centigr. et rhum, 60 grammes.

Potion avec extrait thébaïque 0.05, depuis plusieurs jours, à cause de l'insomnie.

Le 9. T. matin, 38°5. P. 76. T. soir, 38°4. P. 60. Un peu de céphalalgie ; garde-robes régulières.

Le malade a été vacciné étant enfant, mais non revacciné et porte au bras des cicatrices légitimes du vaccin.

Vergetures à la face interne des deux genoux (restes d'une fièvre typhoïde survenue pendant la croissance).

Le 10, maux de tête complètement disparus. T. 37°5. P. 56.

Soir. Maux de tête reparus. T. 38. P. 72.

Le 11. T. matin, 37°7. P. 50. T. soir, 37°9.

Le 12. T. matin, 37°4. P. 60. Urine, 1.500 grammes. Langue vernissée.

Le 14. Encore des traces d'albumine non rétractile.

Langue et gorge revenues à leur état normal.

Le malade se lève toute la journée, et ne ressent guère de faiblesse. T. matin, 37°3. T. soir, 38.

Le 15 Pas d'albumine. Urines fraîches, contiennent des grains inégaux qui ne paraissent pas être des bactéries.

Le malade pèse 63 kilog., T. matin, 37°3, T. soir, 37°6. P. 72.

Le 20. Les forces reviennent. La rate ne se délimite plus à la percussion ; pas trace d'albumine. Soir. Pouls, 72.

Le 23. Urines contiennent de très légères traces d'albumine ; pas de bactéries.

Le 25. Le malade pèse 66 kilog. Il a augmenté de 3 kilog. en 10 jours. Il sort de l'hôpital sur sa demande, encore considérablement amaigri.

OBSERVATION V (résumée) (Hirschberg).

Jeune fille, à 15 ans est atteinte le 18 octobre 1878 d'œdème et rougeur de la paupière supérieure, sans

œdème de la conjonctivite oculaire. Les glandes lacrymales forment deux saillies plates, sensibles à la pression.

Le jour suivant, l'œdème est plus considérable. La conjonctivite oculaire est œdématiée dans l'angle temporal.

Le 21 octobre, les accidents atteignent leur summum. Au niveau des glandes lacrymales, le doigt perçoit une sensation d'élasticité, mais pas de fluctuation.

Le 22, l'œdème commence à diminuer.

Le 28, il a disparu presque complètement à gauche. A droite si l'on fait regarder le malade en bas et si l'on soulève la paupière on trouve une petite tumeur allongée dans l'angle supéro-externe de l'œil, au niveau de la glande lacrymale.

Le 5 nov. Exeat.

Le 15 février 1890, la malade est revue : la guérison s'est toujours maintenue.

OBSERVATION VI (résumée.) (Hirschberg.)

Hirschberg relaté une seconde observation moins probante que la précédente et qui pourrait n'être qu'une simple dacryoadénite chronique double.

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, aliénée, de santé générale bonne, qu'il vit la première fois le 29 janvier. Le début des accidents remontait à quelques semaines auparavant. Au niveau de chacune des deux glandes lacrymales existait une saillie très appréciable, élastique à la pression et un peu douloureuse. Le fond de l'œil est normal.

A la fin de février la double saillie des glandes lacrymales est encore très perceptible.

OBSERVATION VII. (*In* thèse de Gaillard.)

Oreillons. -- Double conjonctivite.

Le 20 avril, était reçu, à Saint-Charles, un cultivateur porteur d'oreillons très développés, avec prédominance au côté droit, qui me fournit l'exemple de la localisation palpébrale dont je parle, à laquelle s'ajoute une angine pharyngo-tonsillaire intense et un état saburral avec haleine fétide des plus prononcées.

Cet homme se dit malade depuis cinq jours. Il s'est senti pris à cette époque de malaises, fièvre légère, céphalalgie, pendant qu'il survenait, d'abord à droite, puis le lendemain à gauche, de la rougeur du globe de l'œil, de la photophobie et du gonflement des paupières. A son entrée dans le service de M. le professeur Léon, ces symptômes sont très accusés. Les paupières très tuméfiées sont bleuâtres, érysipélateuses, agglutinées par la sécrétion des glandules de Meibonius; le tissu-cellulaire sous-conjonctival est fortement œdématié; la conjonctive oculaire, infiltrée, forme un chémosis énorme dont le rebord est surtout saillant au côté externe; les globes oculaires sont injectés; la cornée est lésée, la vision nette; il n'existe pas trace de sécrétion purulente. — Saignée locale, révulsifs, collyres.

Dès le lendemain, une amélioration sensible des phénomènes oculaires s'est produite. Le 29, les parotides avaient entièrement disparu; il subsistait encore un peu de chémosis et de rougeur de la conjonctive oculaire.

Exeat le 2 mai.

OBSERVATION VIII. (*In* thèse de Combeau.)

Oreillons. — Double conjonctivite.

Tuméfaction légère de la région parotidienne gauche, du 7 au 8 février 1861.

10 février. — L'oreillon disparaît et le testicule gauche augmente de moitié ; légère douleur à la pression.

13 février. — Ce volume a doublé ; rien à l'épididyme, à la tunique vaginale, ni au cordon ; le scrotum est un peu rouge.

17 février. — Le testicule est presque normal de volume et de consistance ; plus de douleur.

Mais il se manifeste une double conjonctivite oculaire et palpébrale qui nécessite un traitement de huit jours. Point de granulations. — D'ailleurs le malade n'a jamais été sujet aux affections des yeux.

OBSERVATION IX. (*In* thèse Haillot.)

Oreillons — Double conjonctivite.

Les oreillons avaient disparu, le malade était guéri lorsque apparaît, huit jours après le début de la maladie, un gonflement testiculaire considérable.

Trois jours après, survient une conjonctivite double, sans qu'on ait remarqué de changement notable du côté du testicule.

Cependant, dès le lendemain, le gonflement du testicule diminuait en même temps que la conjonctivite elle-même s'améliorait.

Cinq jours après le malade était entièrement guéri.

CONCLUSIONS

1° Il existe une manifestation rare des maladies ourliennes qui se localise sur les glandes lacrymales et à laquelle on donne le nom de dacryoadénite ourlienne.

2° La dacryoadénite ourlienne survient à titre de manifestation isolée ou apparaît à la suite de parotidite ou concomitamment avec elle.

3° Elle se caractérise par un œdème considérable des paupières, particulièrement de la paupière supérieure et s'accompagne assez souvent de chémosis. Aussi a-t-elle été confondue avec la conjonctivite.

4° Elle se reconnaît à l'existence d'une petite tumeur dure, oblongue, lisse, et douloureuse, siégeant au niveau de chaque glande lacrymale. Cette grosseur, constituée par la glande elle-même enflammée, peut ne pas apparaître nettement, par suite de l'œdème qui l'entoure. Elle doit être recherchée avec soin par le toucher surtout au moment de la disparition de l'œdème.

5° La dacryoadénite ourlienne offre une durée de deux semaines en moyenne et guérit toujours sans complications. Le traitement consiste en applications d'émollients ou de résolutifs.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Paris. — Imp. de la Faculté de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine

